PROPOSITIONS

N° 53.

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 mars 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CONSTANT-JOSEPH PIQUENOT, de Laigle,

Département de l'Orne;

Ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Examinateur.* DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Suppléant.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbatio ni improbation.

A MONSIEUR

EMANGARD,

D. M. P. à Laigle.

Témoignage de reconnaissance et d'un sincère attachement.

C.-J. PIQUENOT.

PROPOSITIONS

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que la torsion des vaisseaux n'est point une découverte nouvelle. Anciennement connue, elle était restée à la chirurgie vétérinaire. Après de nombreuses expériences sur le cadavre et les animaux, plusieurs chirurgiens viennent de proposer de remplacer par ce moyen la ligature. M. *Amussat* a lu un mémoire sur ce sujet. Avant la lecture de ce mémoire, M. *Thierry* en avait parlé dans un concours; et je dois ajouter qu'également, avant ce mémoire, j'ai entendu M. *Velpeau* parler dans son cours de pathologie de ce moyen hémostatique, sur lequel, disait-il, il avait fait bon nombre d'expériences.

II.

La torsion des vaisseaux peut-elle remplacer leur ligature? Ici se présente plusieurs questions, que nous allons examiner successivement et tâcher de résoudre :

1°. La torsion des artères est-elle aussi sûre que leur ligature? ne laisse-t-elle point à craindre d'hémorrhagie consécutive?

2°. Peut-elle être pratiquée dans tous les cas où l'est la ligature, et indistinctement sur toutes les artères?

3°. Quel est le degré de torsion pour chaque artère? Est-il le même pour toutes?

4°. Son exécution est-elle plus difficle, plus longue, plus douloureuse que la ligature?

5°. La torsion peut-elle être également pratiquée sur les veines, et avec la même facilité?

6°. Doit-elle donner moins souvent lieu à l'inflammation de ces vaisseaux?

III.

La torsion des artères est-elle aussi sûre que leur ligature? ne laisse-t-elle point à craindre d'hémorrhagie consécutive? C'est à l'expérience a confirmer cette proposition. M. *Amussat* l'a employée sur l'artère fémorale et spermatique; M. *Velpeau* l'a aussi pratiquée sur l'artère fémorale et sur d'autres artères moins volumineuses; M. *Blandin*, sur une artère du sein, et dans tous ces cas il n'est survenu aucun accident. Joignant à cela les nombreuses expériences faites sur les animaux, celles sur le cadavre, la torsion, faite convenablement, me paraît déjà un moyen hémostatique dans lequel on peut avoir confiance.

IV.

Peut-elle être pratiquée dans tous les cas où l'est la ligature, et indistinctement sur toutes les artères? Je ne le pense pas. Pour tordre une artère, il faut nécessairement pouvoir bien la saisir, de plus, l'isoler entièrement des parties molles environnantes, et cela n'est pas toujours possible. En effet, qui n'a pas vu, à la suite des opérations, la difficulté que certaines petites artères offrent pour être saisies et liées, et encore n'y parvient-on souvent qu'en y comprenant quelques

parties molles environnantes; que d'autres se déchirent, se rompent avec la plus grande facilité sous les plus petites tractions; qu'enfin on est obligé, pour en saisir et lier quelques-unes, d'employer le *tenaculum*.

V.

Quel est le degré de torsion pour chaque artère, est-il le même pour toutes? Dix demi-tours suffisent, suivant M. *Amussat*, pour une artère volumineuse. La torsion devra donc être moindre dans les artères moins volumineuses. La résistance des artères n'est pas partout la même; à volume égal, les unes sont plus résistantes que les autres, la fémorale plus que la carotide, les artères des membres plus que celles du tronc, ce qui mérite d'être pris en considération.

VI.

Son exécution est-elle plus longue, plus difficile, plus douloureuse que la ligature? L'exercice et l'habitude doivent ici compter pour beaucoup; et plus on en aura, moins on trouvera de difficultés à pratiquer la torsion, et plus son exécution sera prompte. Cependant je ne balance pas à croire que son exécution, quelque habitude qu'on en ait, sera toujours un peu plus longue et plus difficile que la ligature. Pour la douleur, je ne pense pas qu'elle soit plus grande; et si elle est augmentée, ce n'est que par le plus de lenteur de l'opération.

VII.

La torsion peut-elle être également pratiquée sur les veines, et avec la même facilité? La torsion des veines me paraît plus difficile et moins sûre que celle des artères, et j'en trouve la preuve dans son exécution et dans la structure de ces vaisseaux. La membrane interne et moyenne des veines offre beaucoup plus de résistance que celle des artères, il leur faut un plus grand nombre de tours pour les

rompre, et alors la membrane externe risque de se rompre, et se rompt souvent en même temps; si, au contraire, on ne leur imprime qu'un nombre de tours suffisans pour les artères, elles se déroulent, elles se détordent par leur propre élasticité.

VIII.

Doit-elle moins souvent donner lieu à l'inflammation de ces vaisseaux? Telle n'est pas mon opinion, bien au contraire. Si une simple piqûre, une simple incision; si la ligature, si l'excision des veines peuvent donner lieu à la phlébite, je crois qu'à plus forte raison leur torsion, opération plus longue exerçant la déchirure, une sorte de contusion de leurs membranes, devra bien plus souvent et beaucoup plus facilement donner lieu à cette inflammation.

IX.

De tout ce qui précède, je pense que la torsion des vaisseaux en général n'est applicable qu'aux artères; que, pratiquée convenablement, elle offre autant de sûreté que la ligature, et qu'elle n'expose à aucune hémorrhagie consécutive; que, lorsqu'elle pourra être pratiquée sur toutes les artères d'une plaie, elle sera d'un très-grand avantage dans la réunion immédiate de ces plaies; que cet avantage compense bien, et au-delà, le léger inconvénient qu'offre son exécution un peu plus longue.

X.

Il est un état des voies digestives auquel on a donné le nom d'*embarras gastrique, intestinal.* Cet état peut être une irritation légère de la muqueuse digestive; prolongé pendant un certain temps, il pourrait amener l'inflammation, et surtout l'inflammation chronique de ces organes; mais je ne puis penser qu'il soit inflammatoire, et l'on peut en donner pour preuve l'emploi des vomitifs et des purgatifs dans son traitement.

XI.

Si l'emploi des purgatifs et des vomitifs réussit dans beaucoup de ces cas, ne peut-il pas aussi quelquefois surirriter les organes affectés, et donner lieu à des accidens inflammatoires assez graves? L'exemple suivant, et qui n'est pas le seul de ce genre que l'on pourrait citer, en est une preuve :

Une femme d'une trentaine d'années environ, d'une bonne constitution, se présente à l'hôpital Beaujon avec tous les symptômes de l'embarras gastrique le mieux caractérisé. M. *Renauldin*, qui presque jamais n'emploie les vomitifs dans ces cas, jugea que dans celui-ci l'indication était précise. Un vomitif fut administré; son action, loin de soulager, fut des plus violentes, et fut suivie de l'apparition de symptômes inflammatoires très-graves : les vomissemens se renouvelèrent; l'épigastre devint le siége d'une douleur très-intense, avec le sentiment d'une chaleur âcre et brûlante ; céphalalgie accompagnée de délire, pouls très-dur et très-fréquent, tel était l'état de la malade à la visite du soir. Une forte saignée fut pratiquée, trente sangsues appliquées à l'épigastre ; la diète et des boissons rafraîchissantes. Le lendemain tous ces symptômes avaient disparu ou diminué, la fièvre était moins forte, l'épigastre et la tête moins douloureux. On continua encore quelques jours la diète et les boissons rafraîchissantes, et la malade ne tarda pas à se rétablir entièrement.

XII.

Les antiphlogistiques ne seraient-ils point préférables? Leur emploi est plus doux et moins fatigant ; ils ne donnent point à craindre les accidens dont je viens de parler : ils réussissent également dans la plupart des cas; quelquefois, il est vrai, ils traînent un peu en longueur la guérison : enfin quelquefois aussi ils échouent complètement. A ce sujet, j'ai souvent entendu citer par M. *Kapeler* un cas très-remarquable :

Une femme se présenta, dans ses salles, dans un état de faiblesse assez considérable, faiblesse survenue à la suite d'un traitement antiphlogistique très-actif; bon nombre de sangsues avaient été appliquées, je ne sais même si elle n'avait pas été saignée du bras. D'après ce qu'il put apprendre, M. *Kapeler* jugea qu'il n'avait affaire qu'à un embarras gastro-intestinal; la malade se plaignait d'un malaise général, le pouls était faible, sans fréquence, l'appétit à peu près nul, les digestions difficiles. Pour plus de certitude, la malade fut observée pendant quelques jours, au bout desquels un purgatif fut administré. Son action fut des plus heureuses, et suivie d'un prompt succès : l'appétit revint, les digestions se firent comme d'habitude, les forces revinrent, et la malade sortit peu de temps après parfaitement guérie.

XIII.

Je crois pourtant qu'il vaut mieux commencer d'abord par l'emploi des antiphlogistiques, et je ne veux pas parler ici des saignées générales ou locales; je les regarde dans ces cas, sinon comme nuisibles, au moins comme tout à fait inutiles et déplacées. Les antiphlogistiques que l'on doit employer sont simplement des boissons rafraîchissantes, acidules, etc., la diète, le repos; et si ces moyens échouent, rien n'empêche d'en venir à l'emploi des vomitifs et des purgatifs.

XIV.

Les hernies inguinales peuvent se faire par le canal inguinal, en suivant le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques, ou directement par l'anneau inguinal proprement dit, orifice inférieur du canal, en rompant ou poussant devant elles le *facia transversalis*. D'après leurs rapports avec l'artère épigastrique, ces hernies ont été distinguées en *externe* et *interne*, suivant que ce vaisseau est situé à leur côté interne ou externe.

XV.

Peut-on distinguer ces deux variétés de la hernie inguinale l'une de l'autre ? Quelques praticiens pensent que cette dénomination des hernies inguinales en internes et externes est purement théorique, et qu'il est toujours impossible de les distinguer; d'autres, au contraire, pensent qu'il est possible de le faire lorsque ces hernies sont récentes, et que leur volume et leur ancienneté n'ont point changé leur forme et leur direction premières. Je me range de l'opinion de ces derniers.

XVI.

La distance peu étendue qui existe entre l'orifice supérieur et inférieur du canal inguinal, l'obliquité variable, et par cela même peu sûre de la hernie externe, tels sont les motifs sur lesquels on fonde l'impossibilité de distinguer ces deux hernies l'une de l'autre. J'ai eu occasion de voir un grand nombre de hernies inguinales, tant anciennes que récentes, dont aucunes n'étaient internes, à moins qu'il ne s'en trouvât parmi les anciennes, ce que je n'ai pu distinguer, et j'ai toujours trouvé une différence très-grande et très-remarquable entre les hernies anciennes et récentes, différence que tout le monde a remarquée. Or, si la hernie inguinale externe récente diffère tant de celle qui est ancienne, et dont la direction est la même que celle des hernies inguinales internes, la différence me paraît devoir être encore plus grande, et la distinction plus facile entre la hernie inguinale externe et interne.

XVII.

Est-il des signes certains qui puissent faire distinguer le cancer de l'estomac de certaines inflammations chroniques de cet organe ? Les signes tirés de l'état général, les vomissemens de matières noirâtres, semblables à du marc de café, la présence d'une tumeur vers la ré-

gion épigastrique sont-ils suffisans pour caractériser un cancer de l'estomac? L'émaciation générale, la couleur blafarde de la peau, tirant un peu sur le jaune, les vomissemens noirâtres se rencontrent également dans quelques inflammations chroniques de ce viscère. La présence d'une tumeur dans la région épigastrique, jointe aux autres symptômes, me paraît être le signe qui peut le mieux faire reconnaître l'affection de l'estomac; mais assez souvent cette tumeur est peu développée, elle ne peut être perçue par le toucher; quelquefois elle peut être d'une autre nature et produite par une autre cause, ce qui rend le diagnostic difficile et incertain.

XVIII.

Lorsque le cancer de l'estomac est très-avancé, lorsqu'il donne lieu aux vomissemens noirâtres, son prognostic est des plus fâcheux, il annonce une fin prochaine; il n'y a plus alors d'amélioration même à espérer, il n'y a que du soulagement à apporter. Il n'en est pas de même pour l'inflammation chronique de cet organe; quoique cette affection, arrivée à ce point, soit des plus fâcheuses, un traitement bien fait, long-temps suivi, peut amener une amélioration marquée, et quelquefois une entière guérison. Cette amélioration prolongée peut, ce me semble, servir à faire reconnaître la maladie à laquelle on a affaire; c'est sur cela que j'ai cru pouvoir fonder mon opinion dans le cas suivant, que j'ai observé à l'hospice de Bicêtre, et qui m'a paru être plutôt une inflammation chronique qu'un cancer de l'estomac :

Un vieillard entre à l'infirmerie dans l'état suivant : vomissemens d'un liquide noirâtre, dans lequel on voit des flocons de même couleur plus ou moins consistans; épigastre douloureux à la pression, le toucher ne fait reconnaître aucune tumeur; maigreur générale très-considérable; couleur pâle de la peau, tirant sur le jaune; pouls petit et fréquent. La diète et des boissons rafraîchissantes et froides firent disparaître les vomissemens, et amenèrent une amélioration

très-marquée, pendant laquelle le malade fut tenu à un régime lacté et très-léger. Le malade ne tarda pas à s'ennuyer d'un régime aussi sévère, et ce ne fut qu'après ses instances répétées qu'on lui accorda une plus grande quantité d'alimens. Les vomissemens ne tardèrent pas à reparaître, et cédèrent au même traitement et au même régime. Le malade resta encore quelque temps à l'infirmerie, et demanda à sortir.

Huit jours s'étaient à peine écoulés, que le malade revint avec les mêmes symptômes : même traitement, même régime, même amélioration. Le malade, plus raisonnable, prolongea son séjour à l'infirmerie, et finit par manger le quart sans être incommodé. Il est de nouveau sorti, et n'est pas revenu pendant le temps que je suis resté dans ce service.

XIX.

Était-ce à l'inflammation chronique de l'estomac ou à l'affection cancéreuse du gros intestin qu'étaient dus les vomissemens noirâtres dans l'observation suivante ?

Un ancien chirurgien, placé à l'hospice de Bicêtre, affecté de paralysie, avait l'habitude, lorsqu'il ressentait des douleurs dans les membres paralysés, de se purger et de se faire vomir. Il employait ordinairement le tartre stibié, et peu à peu il s'était habitué à en prendre des doses assez fortes ; il nous dit en avoir pris un gros à la fois ; la veille de son entrée à l'infirmerie, il en avait pris neuf grains. Il faisait également usage des opiacés, autant qu'on en put juger par un très-grand nombre de reçus signés par un droguiste de la rue des Lombards, et qui tous portaient une dose assez considérable d'opium.

Ce malade à son entrée présentait les symptômes suivans : vomissemens, tels que je les ai déjà décrits ; absence de douleur, même par la pression, dans toutes les régions de l'abdomen ; malaise général ; pouls petit, dur et fréquent ; douleurs dans les membres paralysés ; teint pâle et jaunâtre ; la maigreur n'est pas très-considérable : j'ou-

bliais d'ajouter que les selles, quoique peu abondantes, étaient semblables à la matière des vomissemens. Le malade demandait instamment un purgatif; M. *Lullier-Winslow* s'y refusa, et prescrivit des boissons raffraîchissantes et la diète. Les vomissemens cessèrent quelques jours, puis reparurent, et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva l'estomac renfermant quelques cuillerées d'un liquide semblable à celui des vomissemens, toute sa surface interne était d'une couleur ardoise très-foncée; le système veineux était très-développé; les parois avaient une épaisseur plus considérable que dans l'état normal.

L'intestin grêle ne contenait aucun liquide remarquable, sa couleur était beaucoup moins foncée que celle de l'estomac, les veines moins apparentes et moins nombreuses; les parois ne paraissaient pas épaissies.

Le gros intestin, dans presque toute son étendue, jusque vers le commencement du rectum, est considérablement augmenté de volume; ses parois sont-très épaissies, sa cavité diminuée; sa surface interne, anfractueuse, est d'une couleur noire très-foncée, recouverte d'une couche de matière de la même couleur et très-fétide; les parois offrent à l'instrument tranchant une résistance assez considérable; on n'y distingue plus les diverses membranes qui les forment; elles sont transformées en un tissu lardacé blanchâtre, et qui prend une couleur brune en s'approchant de la surface interne de l'intestin.

XX.

Il existe, contre l'opinion de quelques praticiens, des squirrhes ou cancers de l'estomac siégeant au pylore et occupant en totalité ou en partie cet orifice, qui ne donnent lieu à aucuns vomissemens.

Jai eu occasion de voir plusieurs cas de ce genre.

XXI.

Lorsque dans la carie, ou l'écrasement de la première phalange

des doigts ou des orteils, l'amputation dans l'articulation devient nécessaire, quelques praticiens proposent de remplacer cette désarticulation par la résection du métacarpien ou métatarsien correspondant; cette opération est plus longue et plus douloureuse que la première, mais aussi elle a l'avantage de laisser moins de difformité, par le rapprochement des métacarpiens ou métatarsiens adjacens.

XXII.

Il peut arriver, lorsque la carie siége près de l'extrémité supérieure de la phalange, que l'épiphyse soit séparée du corps de l'os, et que, dans l'amputation dans l'articulation, au lieu de pénétrer dans celle-ci, on pénètre dans la division morbide résultant du décollement de l'épiphyse, et qu'on laisse celle-ci.

J'ai à ma connaissance deux exemples de ce genre.

XXXIII.

Quelle est la nature de la colique de plomb? quel est son siège? L'anatomie pathologique n'a pu encore résoudre cette question, et les opinions des médecins sont très-partagées à cet égard. Est-ce une affection d'une nature particulière? est-ce une inflammation des voies digestives? Ici encore le traitement employé dans cette maladie nous offre une preuve du contraire. Enfin est-ce une affection du système nerveux? L'opinion la plus générale est cette dernière, et l'on regarde la colique saturnine comme une névrose.

XXIV.

L'anatomie pathologique, comme je l'ai déjà dit, n'apprend rien de positif sur cette maladie; ses résultats sont des plus variables: souvent on ne trouve rien; quelquefois on trouve des inflammations chroniques, des ramollissemens plus ou moins étendus de l'estomac

ou des intestins, l'amincissement de leurs parois. Chez deux sujets, qui ont succombé l'année dernière à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. *Renauldin*, on a trouvé une inflammation générale du tube digestif. Enfin, mon ami, M. *Debouteville*, a rapporté dans sa thèse deux observations recueillies dans le même hôpital : chez l'un on a trouvé un ramollissement de la moelle épinière, s'étendant depuis la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la septième; chez l'autre la moelle épinière offrait un peu moins de consistance, et l'estomac, vers sa grosse tubérosité, présentait un ramollissement assez étendu et d'une teinte verdâtre.

XXV.

De ces diverses lésions, celle de la moelle épinière satisferait assez, et répondrait parfaitement aux symptômes, surtout chez les malades affectés de douleurs dans les membres et de la perte de leurs mouvemens; mais ces faits sont, pour ainsi dire, les seuls, et les nécropsies ne montrent que bien rarement une semblable altération. Quant aux inflammations chroniques ou aiguës du tube digestif, que l'on rencontre quelquefois, soit qu'elles puissent être produites par l'affection saturnine, soit que plutôt elles n'en soient qu'un état concomitant, elles doivent être prises en considération pour le traitement.

XXVI.

Si les opinions sont partagées sur le siége et la nature de la colique de plomb, elles sont encore plus variées sur le traitement qui lui convient, et toutes s'appuient sur de nombreux succès. Les uns emploient le traitement dit *de la Charité*, quoiqu'il ne soit pas exclusivement employé par tous les médecins de cet hôpital; à l'hôpital Beaujon, M. *Renauldin* emploie, et avec le plus grand succès, le traitement antiphlogistique; M. *Kapeler* guérit avec le sulfate d'alumine, de potasse ou d'ammoniaque; d'autres emploient les opiacés; enfin, ces divers modes de traitement ont été modifiés et combinés, et chaque

médecin a, pour ainsi dire, son traitement particulier. MM. *Rayer* et *Chevalier* ont employé les eaux sulfureuses, et ils ont réussi.

XXVII.

Entre ces divers traitemens, qui tous comptent de nombreux succès, le choix devient embarrassant. Cependant le traitement de la Charité, malgré ses succès, me paraît fatiguant, et devoir amener les plus fâcheux résultats, s'il existait une inflammation des voies digestives; et je donne la préférence au traitement antiphlogistique. Sagement dirigé, il est plus doux, et, aidé des opiacés et de quelques doux purgatifs administrés avec ménagement, il amènera une guérison aussi prompte et aussi durable que le premier.

XXVIII.

Le moyen qui, dans le traitement des fractures compliquées, pourrait prévenir la fâcheuse influence du contact de l'air et l'abondance de la suppuration, serait du plus grand avantage. C'est ce que paraît offrir le traitement, l'appareil dit de M. *Larrey*, appareil qui, modifié, n'est autre chose que ce que quelques anciens praticiens formaient sous le nom d'*étoupade*. J'ai vu ce traitement employé par M. *Marjolin*, avec le plus grand succès, dans des fractures de la jambe, comminutives, compliquées, etc. J'en rapporterai quelques observations.

Ire. OBSERVATION.

Fracture compliquée de la jambe.

Un jeune maçon, de vingt-trois ans, tombe d'un quatrième étage, et est immédiatement apporté à l'hôpital Beaujon, le 13 novembre. Il existe une fracture de la cuisse gauche, à sa partie moyenne; elle est aussitôt réduite et pansée convenablement.

De plus, la jambe droite présente une fracture oblique, à quatre

pouces au-dessus de l'extrémité inférieure du tibia. Le membre forme un angle saillant en avant, et le pied se renverse en dehors. Vis-à-vis de la fracture, et à la face interne de la jambe existent deux plaies qui n'ont pu être causées que par l'issue des fragmens au moment de la chute. Ces plaies sont arrondies, d'un diamètre de dix à douze lignes, et ne donnent lieu qu'à un très-faible écoulement de sang noir. En y introduisant l'indicateur, on parcoure à nu environ deux pouces de la face postérieure des fragmens du tibia, et l'on sent une esquille assez grosse et quelques autres plus petites entièrement détachées de l'os, mais très-adhérentes aux parties molles, qui elles-mêmes sont en bon état et peu contuses. Toutes ces recherches se font avec la plus grande facilité ; car deux heures se sont à peine écoulées depuis l'accident, et il n'existe encore aucune trace de tuméfaction.

La réduction étant faite avec beaucoup d'exactitude et les fragmens maintenus dans un parfait rapport, on applique l'appareil suivant : une bande roulée sur le gros orteil et le pied, le bandage de *Scultet* doublé de compresses, le tout imbibé d'un mélange de blanc d'œuf et d'une solution d'alun : le reste comme dans le cas ordinaire. Tel est l'appareil qu'emploie M. *Marjolin*. (M. *Larrey* emploie le bandage à dix-huit chefs, et des fanons au lieu d'atelles.) Le membre est placé dans l'extension. (Saignée copieuse, diète, boissons délayantes.)

Le 14, la nuit a été très-agitée. La jambe malade est à demi-fléchie sur la cuisse ; l'appareil n'est point dérangé, il est encore humide et teint de sérosité sanguinolente ; du reste, aucune douleur dans le membre, qui est replacé dans l'extension. (Nouvelle saignée, diète, etc.)

Le 15, pouls à 85 pulsations, peau chaude, pas de douleurs. Les jours suivans, l'excitation générale a disparu, l'appareil a pris la dureté de la pierre, la fracture de la cuisse n'offre rien de particulier.

Le 12 février, levée de l'appareil ; les pièces de l'appareil sont tachées par un liquide sanguinolent et intimement unies entre elles. Il existe entre la dernière couche et la surface du membre un espace assez considérable, résultat de la diminution de volume du membre,

qui, du reste, est bien conformé; les plaies, parfaitement cicatrisées, sont recouvertes d'une croûte formée par du sang desséché, qui se laisse facilement enlever; dans cet endroit une esquille fait une légère saillie; le coude-pied offre une légère excoriation, résultat du bandage roulé. La fracture est à peu près consolidée, on replace le membre dans un appareil ordinaire, et le malade est sorti parfaitement guéri.

II^e^. OBSERVATION.

Fracture compliquée de la jambe.

Un carrier, âgé de cinquante-six ans, est renversé par un très-gros bloc de pierre le 11 mai, et transporté à l'hôpital Beaujon trois heures après l'accident.

Il présente une fracture de la tubérosité externe de l'humérus droit avec forte contusion, et une fracture assez étendue de la hanche siégeant vers l'épine antérieure et supérieure; ces deux fractures sont pansées convenablement.

De plus, la jambe droite présente une fracture compliquée à cinq travers de doigt au-dessus de la malléole interne; le pied est renversé en dehors; à la face interne, vis-à-vis de la fracture, existe une plaie transversale d'un pouce et demi d'étendue, et dont les lèvres sont écartées d'un pouce; au-dessus de celles-ci sont deux autres petites plaies circulaires; il ne s'écoule qu'une légère quantité de sang noir; le doigt introduit dans la plaie fait reconnaître plusieurs esquilles très-adhérentes à l'os et aux parties molles, qui ne sont que peu contuses; il existe un léger gonflement.

Le pansement est fait comme dans le cas précédent. (Saignée de deux palettes et demi; diète, boissons délayantes.)

Le 12, abattement; la nuit a été tranquille; pouls petit et concentré; aucunes douleurs dans la jambe, douleurs dans le bras et surtout dans la hanche. (Cataplasmes résolutifs, nouvelle saignée pour le soir qui a été faite de deux palettes et demie, limonade, potion calmante.) Dans la journée il survient un peu de délire.

Les 13 et 14, continuation du délire. Chaque jour douze sangsues derrière chaque oreille, diète, etc.

Les 15, 16 et 17, diminution et disparition du délire. (Même prescription.)

Le 18 et jours suivans, continuation du mieux; on accorde un peu de vivres au malade, et ils sont augmentés graduellement.

Le 11 juillet, on lève l'appareil, qui n'offre rien de plus que dans le cas précédent. La plaie, non entièrement cicatrisée, est recouverte de bourgeons charnus; la fracture n'est pas encore entièrement consolidée, et le membre est replacé dans un appareil ordinaire. Ce malade est sorti parfaitement guéri.

III^e^. OBSERVATION.

Fracture comminutive de la jambe.

Un tailleur de pierre, âgé de trente ans, est apporté, le 18 avril, à l'hôpital Beaujon; il présente une fracture comminutive de la jambe gauche, accompagnée d'un gonflement assez considérable. Le membre est placé dans l'appareil indiqué. Saignée copieuse, diète, boissons raffraîchissantes. Pendant les premiers jours il survint des symptômes inflammatoires, qui se portèrent successivement sur la poitrine et l'abdomen, et qui disparurent sous un traitement antiphlogistique des plus actifs: pendant ce temps le membre n'offrit rien de remarquable. L'appareil est levé soixante jours après: la fracture est parfaitement consolidée; mais le membre présente une petite difformité, consistant dans une légère concavité que présente le tibia vers sa partie antérieure, et une légère convexité vers sa partie interne, difformité qui ne s'aperçoit qu'en y faisant une grande attention. Un bandage roulé est appliqué sur la jambe, et le malade ne tarde pas à sortir parfaitement guéri.

IV^e^. OBSERVATION.

Fracture double de la jambe.

Un palfrenier, âgé de vingt et un ans, est apporté, le 26 juin, à l'hôpital Beaujon. Il offre une fracture double de la jambe droite : l'une siége à trois travers de doigts au-dessus de la malléole; l'autre, trois à quatre pouces plus haut. Il existe déjà un gonflement assez considérable : le même appareil est appliqué. Les premiers jours il se déclara des symptômes inflammatoires, qui furent combattus avantageusement par les saignées générales, ainsi qu'un gonflement de l'extrémité inférieure de la cuisse, qui céda aux résolutifs. L'appareil est levé trois semaines après avoir été posé; il existait déjà entre lui et le membre un espace considérable. Le membre fut replacé dans un appareil ordinaire, et le malade ne tarda pas à sortir sans aucune difformité.

XXIX.

Doit-on, comme le fait M. *Larrey*, employer ce traitement dans toutes les fractures des membres, quelle que soit leur nature et leur siége ? Cela n'est pas toujours prudent et nécessaire.

1°. Dans les fractions simples, cet appareil n'est pas nécessaire; il est inutile, en ce qu'il n'a aucun avantage sur celui qu'on emploie habituellement.

2°. Dans ces mêmes fractures simples il n'est pas prudent de s'en servir, et voici pourquoi : non-seulement le gonflement inflammatoire plus ou moins considérable qui accompagne toujours une fracture se dissipe, mais encore le membre lui-même perd de son volume, s'atrophie pour ainsi dire; alors, comme on peut le voir dans les observations citées, le membre n'est plus exactement contenu dans l'appareil, et il existe entr'eux un espace vide très-marqué. Ce vide commence à se sentir dès que le gonflement inflammatoire diminue, et il augmente de plus en plus jusqu'à ce que le gonflement

ait entièrement disparu, époque à laquelle le membre a aussi perdu de son volume, ce qui a lieu quinze jours ou trois semaines, et quelquefois plus, après l'accident. Le cal alors n'a point acquis sa solidité, et il peut se faire, soit par les mouvemens du malade, soit par les contractions musculaires, soit par le poids du membre, quelques changemens dans les rapports des fragmens.

3°. Dans les fractures de l'avant-bras, les deux os peuvent se consolider d'une manière irrégulière et empêcher les mouvemens de pronation et de supination; dans les fractures de la jambe, le péroné peut se porter en dedans, se consolider dans cette position, et causer le renversement du pied en dehors. On voit, dans la troisième observation rapportée, l'exemple d'une légère difformité du tibia.

4°. Ces inconvéniens se présentent également dans les fractures compliqué; mais d'abord un petit mal vaut mieux qu'un plus grand; de plus, M. *Marjolin*, pour y remédier, conseille de ne laisser l'appareil appliqué que jusqu'après la disparition du gonflement inflammatoire. Il vaut mieux alors le lever un peu plus tard que trop tôt. L'appareil levé, sans découvrir la plaie, pour éviter le contact de l'air, on le remplace par un autre, et les pansemens se font comme dans les fractures simples. Cette modification me paraît très-avantageuse; en effet, s'il existe quelque dérangement dans les rapports des fragmens, on peut y remédier, et l'appareil n'a rien perdu de ses avantages : c'est à l'expérience à prononcer.

5°. Peut-on, avec autant d'avantage, appliquer cet appareil dans une fracture de la cuisse ou du bras? Bien entendu qu'il faut établir une compression bien faite sur le pied et la jambe, ou la main et l'avant-bras. Malgré cette compression, celle qui existe au-dessus, sur la cuisse ou le bras surtout, lorsque le gonflement inflammatoire est considérable, semble devoir faire craindre un gonflement tout à fait mécanique des parties situées au-dessous, et la gangrène, ce qui est arrivé dans une fracture de cuisse compliquée. J'ai vu une fracture simple du bras traitée par ce procédé sans aucun inconvénient.

XXX.

Cet appareil doit être appliqué le plus tôt possible après l'accident. A une époque plus reculée il offre moins de chance de succès, et il peut survenir de la suppuration moins abondante et de meilleure nature, il est vrai, et c'est ce qui est arrivé chez un malade auquel M. *Roux* n'appliqua l'appareil que le lendemain de l'accident ; sa guérison n'en eut pas moins lieu.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema valentissima remedia prorsùs. *Sect.* 1 *aph.* 6.

II.

Somnus, vigilia, utrumque, si modum excesserit, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Gravitates, et labores spontanei morbum portendunt. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Si mulieri, uterum gerenti, menses largiorem fluxerint, fieri nequit ut valeat fœtus. *Sect.* 5, *aph.* 60.

V.

Si mulieri menses non fluxerint, nec accesserit horror, nec febris, impotentia autem, animi deliquia, cibi aliena fastidia, appetitus absurdi ipsi supervenerint, hanc gravidam puta. *Ibid.*, *aph.* 61.